

老年醫療保險方案節約計劃申請表格

華盛頓州社會福利服務部(DSHS)有一些計劃能幫助您支付您的老年醫療保險方案的某些費用。這些計劃是為有資格加入或已加入老年醫療保險方案A部份的人服務的。

QMB

符合資格的老年醫療保險方案 受益人計劃

這項計劃是為有資格加入老年醫療保險方案A部份的人服務的，參加者擁有的資產在限制範圍內，並且其收入達到聯邦貧困水準(FPL)或低於該水準。符合資格的老年醫療保險方案受益人計劃根據需要支付老年醫療保險方案A部份的保險費，而且支付老年醫療保險方案B部份的保險費，並支付老年醫療保險方案扣除額，以及保險自付額。

SLMB

指定低收入老年醫療保險方案 受益人計劃

這項計劃是為有資格加入老年醫療保險方案A部份的人服務的，參加者擁有的資產在限制範圍內，並且其收入超過聯邦貧困水準(FPL)的100%，但低於聯邦貧困水準(FPL)的120%。SLMB計劃僅支付老年醫療保險方案B部份的保險費。

符合資格的個人計劃(Q-1) - ESLMB 擴大性指定低收入老年醫療保險方案受 益人計劃

這個計劃是為有資格加入老年醫療保險方案A部份的人服務的，參加者擁有的資產在限制範圍內，並且其收入超過聯邦貧困水準(FPL)的120%，但低於聯邦貧困水準(FPL)的135%。他們沒有資格加入老年醫療保險方案，並且接受QI-1。該QI-1計劃僅支付老年醫療保險方案B部份的保險費。這項計劃的資金是有限的。

我如何取得資格？

1. 您必須有資格享受老年醫療保險方案A和 B部份。
2. 您的資產，例如：銀行帳戶、股票和債券，單身者不能超過\$4,000，而一對夫婦不能超過\$6,000。您的配偶的資產和收入被計算在內，即使您的配偶可能未加入老年醫療保險方案或申請福利。
3. 您的收入必須在每項計劃規定的限額以內。這些收入限額每年更新。
4. 為了申請或詢問進一步的問題，請與為您當地服務的社會福利服務部社區服務辦事處(CSO)聯繫。**在您電話簿內州政府頁中的社會福利服務部或社區服務欄目下，找到離您最近的社區服務辦事處的電話號碼。**

我如何申請？

1. 填寫好附寄的QMB、SLMB和QI-1（或ESLMB）計劃的申請表格。
2. 附上您的紅白藍三色的老年醫療保險方案卡（正反兩面）以及您的身份證的副本。如果您有其他的醫療保險，同時附上您的保險卡（正反兩面）的副本。**請寄送副本，不要寄送真本。**
3. 向您當地的社區服務辦事處寄送該申請表格和上面列出的文件的副本。
4. 從社會福利服務部收到您的申請之日起，直到申請程序被完成，可能需要45天時間。如果您在20天內未收到社會福利服務部的回覆，請打電話給您的社區服務辦事處(CSO)，詢問有關您的申請情況。

如果您需要現金補助、醫療補助或食物補助，您必須填寫不同的申請表格。請打電話給您的社區服務辦事處(CSO)，他們將會給您寄送專用的表格。



老年醫療保險方案節約計劃申請表格
APPLICATION FOR MEDICARE SAVINGS PROGRAMS
在填寫此申請表格之前，請閱讀下列各項。

您需要回答所有的問題，這樣我們才會知道我們是否能幫助您。如果您需要幫助填寫這份表格的任何部份，請打電話給您當地的社區服務辦事處。

步驟#1

請工整書寫。

1. 名字		中間名首寫字母	姓		
2. 住址		城市	州	郵遞區號	
3. 郵寄地址（如果與上不同）		城市	州	郵遞區號	
4. 電話號碼 家庭電話		5. 您在交談、閱讀或書寫英語方面有困難嗎？ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
留言電話		您需要一位傳譯員嗎？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 如果需要，我們將會提供一位傳譯員。您講哪種語言？ _____			

一般資訊

如果您已婚，也請列出配偶的姓名，請使用法定的姓名。

姓名（名字，中間名首寫字母，姓）	與您的關係	出生日期	是否申請福利？ 是 否	社會安全號碼	性別 男性或女性
	本人				
	配偶				

醫療保險資訊

請勾選適合您情況的方框			老年醫療保險方案號碼
有資格或正在享受：老年醫療保險方案A部份		本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
		配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
有資格或正在享受：老年醫療保險方案B部份		本人 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
		配偶 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

我/我們有其他的醫療保險。

有 無

如果有的話，是甚麼保險以及保險範圍包括誰？

收入

請在下面列出您在這份申請表格上填寫的每個有收入者的收入。列出在扣除（例如稅或保險）之前的收入額。收入包括但不限於下列各項：

- 薪水
- 鐵路福利
- 撫養費福利
- 安全收入津貼(SSI)
/公共補助
- 自僱業收入
- 社會安全福利
保險金
- 失業金或
工人補償金
- 養老金/退休金
- 傭金
- 退伍軍人福利
- 股利和利息
- 食宿與租金
- 其他

姓名	僱主或收入來源	扣減前金額	多久收到一次？

資產

A. 我的資產低於單身者\$4,000 或一對夫婦 \$6,000。資產包括，諸如銀行帳戶、存款單、儲蓄債券、IRA、股票和債券、共同基金和現金等，除您的房子或汽車以外的資產。

是 否

如果是的話，請在下面列出：

擁有者的姓名	資產的類型/帳戶號碼	目前的價值

B. 您或您的配偶擁有或您正在購買汽車或其他交通工具嗎（卡車、船舶、宿營
汽車、摩托車、露營車和/或拖車？） 是 否

如果是的話，請在下面列出：

擁有者的姓名	車船類別	出廠年份	製造廠家/型號	用於醫療赴診交通	價值	貸款虧欠金額
				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
				是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		

C. 您或您的配偶是否擁有的現金價值超過\$1,500.00的終生保險單？還需列出任何喪葬保險或喪葬計劃。 是

如果有的話，請在下面列出：

保險單擁有者的姓名	保險公司名稱/保險單號碼	面值	現金價值	何人包括在保險範圍內？

在簽署之前請仔細閱讀

本人明白：

- 如果我的狀況有任何變更，本人必須立刻以書面或電話方式向社會福利服務部(DSHS)報告。延遲報告可能導致福利發放有誤。
- 我的狀況受到社會福利服務部或其他的州或聯邦代理機構的審核。
- 當申請幫助資格的時候，我必須提供證明。社會福利服務部可以幫助我獲得證明或為此而聯絡其他人或代理機構。
- 為了申請並且獲得醫療福利，我授予華盛頓州全部權利處理任何醫療補助以及任何第三方對醫療護理的付款。

聲明及簽字

我已經閱讀並且理解這份申請表格中的資訊。根據偽證處罰條例之規定，本人聲明，我在這份申請表格中提供的資訊屬實、正確，並且據我所知是完整的。

申請人簽字		日期
配偶簽字		日期
協助申請人者簽字	機構	日期

資訊之透露

我授權社會福利服務部將關於本人申請老年醫療保險方案儲蓄計劃的資訊透露給協助完成這項申請的人或者該機構的代表。

申請人簽字

日期

自願提供的資訊

我們希望您自願地告訴我們您的種族或族裔背景。這些資訊將不會在考慮您的福利資格時被使用。

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 白種人 | <input type="checkbox"/> 西班牙人 | <input type="checkbox"/> 黑人 | <input type="checkbox"/> 美國本土居民/阿拉斯加本土居民 |
| <input type="checkbox"/> 越南人/老撾人/高棉人 | | <input type="checkbox"/> 部落： | |
| <input type="checkbox"/> 其他亞裔或太平洋群島居民 | | <input type="checkbox"/> 其他： | |

步驟#2

隨附證明

我們將會需要一些關於您的資訊，以便處理您的申請。**只要將文件的副本寄送給我們即可，不要寄送您的真本。**

身份證明

駕駛執照、護照或帶有相片的身份證

老年醫療保險方案

老年醫療保險方案醫療證（正反兩面）

其他醫療保險

保險卡（正反兩面）

如果您不能獲得證明，社會福利服務部可以幫助您。請附上一份說明，解釋您為甚麼不能提供證明。

步驟#3

簽字並且註明您的申請日期，將它連同您的文件副本一起寄回給您當地的社區服務辦事處。如果您需要郵資已付的信封，請打電話給您當地的社區服務辦事處。

在由社會福利服務部管理和舉辦的所有計劃和活動中都禁止歧視。不得因種族、膚色、信仰、政治信念、原國籍、宗教、性別或身體殘障而將任何人排斥在外。